

高齢者医療制度改革を考える

著者	中上 光夫
著者別名	NAKAGAMI Mitsuo
雑誌名	国際地域学研究
号	4
ページ	105-122
発行年	2001-03
URL	http://id.nii.ac.jp/1060/00003873/

高齢者医療制度改革を考える

中 上 光 夫*

はじめに

医療保険の抜本改革が実現されなければならないと言われて久しいが、未だに実現の見通しはたっていない。何回か延期された後で、今は2001年度に「抜本改革」を実現するという方向で動いているようには見える。健康保険組合連合会のように、抜本改革の実現がまさに組織の存亡にかかわっているところでは、それに対する期待はこの上なく大きい。しかし、実現の見通しは依然不透明であるというしかないだろう。

この「医療保険の抜本改革」の中心に位置づけられているのが「高齢者医療制度の見直し」である。本稿では、医療保険改革の全体を対象にするのではなく、この高齢者医療制度改革に焦点をあて、この問題が起こってきた背景、高齢者医療制度改革の諸プランの内容を明らかにするとともに、高齢者医療制度改革の見通しを考えてみようとするものである。

I. 医療保険改革とその背景

1. 老人医療費の増大

1998年度の老人医療受給対象者は1,360万人で、この年の老人医療費は10兆8,932億円、国民医療費に対する比率では36.5%であった。老人福祉法に基づく旧老人医療費支給制度が創設された1973年度には、この比率は10.9%であったものが、1983年の老人保健法の施行を経て、3.3倍以上になった。また、国民所得に対する老人医療費の比率は、1973年度に0.45%にすぎなかったが、1998年度には2.87%と、6倍以上に増えた。

1998年度の老人医療費の対前年度の伸び率は6.0%であったのに対して、同年度の国民医療費のそれは2.6%でしかなく、1994年度からの5年間を見ても、老人医療費の伸び率は国民医療費の伸び率を常に大きく上回っている。その結果、老人医療費の国民医療費に占める割合は増加を続けていて、1994年度の31.6%が1998年度の36.5%にまで高まっている⁽¹⁾。(表1参照)

老人医療受給対象者数については、1973年度の424万人が1998年度には1,360万人と3.2倍に増加しているし、老人医療費については、同じ時期に、4,289億円から10兆8,932億円へと25倍も増えた。一人当たり老人医療費は、10万1,000円から80万1,000円へと7.9倍に膨れ上がっている。

*東洋大学国際地域学部；Faculty of Regional Development Studies, Toyo University

これから2025年頃の高齢社会のピークに向かっていくと、老人医療費は医療費全体の50%にまで増大するという厚生省の推計もある⁽²⁾。国民所得が低い伸びを続ける中でこうした老人医療費の大きな増加は、一方で医療費自体の増加を抑制しようという方向を強めるとともに、他方で、増大する医療費を負担する者たちの間で、費用の負担方法の見直しを求める動きを加速させることになる。それは、老人医療費を規定している老人保健制度の見直しにつながる動きであった。

表1 老人医療費と国民医療費の推移

年度	老人医療費		国民医療費		老人医療費の 国民医療費に 対する割合	国民所得に対する割合	
	実数	伸率	実数	伸率		老人医療費	国民医療費
	億円	%	億円	%	%	%	%
1994	81,596	9.5	257,908	5.9	31.6	2.18	6.90
1995	89,152	9.3	269,577	4.5	33.1	2.34	7.08
1996	97,232	9.1	285,210	5.8	34.1	2.48	7.28
1997	102,786	5.7	290,651	1.9	35.4	2.62	7.41
1998	108,932	6.0	298,251	2.6	36.5	2.87	7.86

出所：『週刊社会保障』Vol.54、No.2099、2000年8月21日、49頁。

2. 老人保健制度の行き詰まり

「老人医療費の無料化」といわれる老人福祉法に基づく老人医療費支給制度が廃止されるのと入れ替わりに、「無料」を止めて老人に適度な負担を求めることを一つの目的として、83年2月から実施されたのが老人保健法である。老人保健法は、その第1条で「この法律は、国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、もつて国民保健の向上及び老人福祉の増進を図ることを目的とする。」と述べ、これまでの医療保険制度が治療中心であるのに対して、包括的医療の考えを取り入れ、中年者に対する予防的保健サービスから病後のリハビリテーションまでをカバーするものであることや、その基本的理念として、第2条の1で「国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、老人の医療に要する費用を公平に負担するものとする。」と述べて、老人医療費については、連帯の精神に基づいて、国民が公平に負担するものとした。こうした方向性をもつ老人保健法は、かなり高い評価を与えられていたものと言えよう⁽³⁾。老人保健法は、また、健康保険や共済組合に費用を分担させることにより、国保の負担を軽減し、国保の崩壊を回避するとともに、国保に対する国の補助金を削減するという重要な目的も持っていた。

老人保健制度では、上記のような公平性の観点から、老人医療に要する費用については、国、地方公共団体、各医療保険者が共同で拠出することにより全国民が公平に負担することとしていた。具体的には、費用の負担については、一部負担を除く老人医療費の7割が保険者の拠出金でまかなわれ、残りの3割は国が20%、都道府県と市町村が5%ずつ負担するものとされた。保険者の拠出金については、各保険者の老人加入率の格差による不均衡を是正するために、どの保険者も全制度平均と同じ割合で老人医療受給資格者がいるものとして拠出金を算定するという「加入者按分方式」

による財政調整の方式が導入されていた。ただし、加入者按分方式を適用する割合である「加入者按分率」は、当初は50%とされ、実際には、老人保健審議会の議を経ることで、按分率は、83年度には47.2%、84年度には45.1%、85年度には44.7%と年々低下していった。86年の老人保健法改正では、この加入者按分率を86年12月から80%、87年度から89年度までは90%、90年度からは100%と段階的に引き上げることが決められた⁽⁴⁾。

表2に見るように、老人保健拠出金が年々増加を続けていく中で、加入者按分率の引き上げはその増加を加速させることになったといえるだろう。とはいえ、当時は、医療費の安定と好景気に支えられて、政管健保も組合健保も黒字基調であり、加入者按分率が100%になった1990年度は、政管健保と組合健保の老健拠出金がともに1兆円の大台に乗るが、バブル経済崩壊前の好景気を受けた収入増等により、両者とも収支は前年と比べて大幅に増加した黒字となった⁽⁵⁾。さしあたり、加入者按分率の引き上げの政管健保や組合健保に与える影響は陰に隠されていたのである。

表2 老人保健拠出金等の推移

(単位：億円)

年 度	83年度	84年度	85年度	86年度	87年度	88年度	89年度	90年度	91年度
拠 出 金	22,862	24,874	28,049	30,509	32,647	34,877	37,611	40,132	43,271
被 用 者 保 険	11,046	11,755	13,099	14,595	19,297	20,847	22,766	25,868	28,083
政 管	5,223	5,583	6,226	6,829	8,675	9,382	10,451	11,827	12,961
組 合	3,826	4,047	4,573	5,249	7,406	8,070	8,716	10,053	10,901
船 保	111	115	123	130	145	139	142	143	146
共 済	1,886	1,984	2,176	2,387	3,089	3,256	3,457	3,845	4,075
国 保	11,815	13,119	14,950	15,914	13,350	14,030	14,845	14,264	15,188
患 者 負 担	525	564	603	792	1,671	1,769	1,848	1,937	2,120
(負 担 割 合)	1.6%	1.6%	1.5%	1.8%	3.5%	3.4%	3.3%	3.3%	3.3%
老 人 数(千人)	7,491	7,823	8,157	8,484	8,805	9,084	9,362	9,732	10,112
対 前 年 伸 び 率		4.4%	4.3%	4.0%	3.8%	3.2%	3.1%	3.9%	3.9%

年 度	92年度	93年度	94年度	95年度	96年度	97年度	98年度	99年度	00年度
拠 出 金	45,794	48,772	52,891	57,215	62,078	64,687	67,170	75,658	68,322
被 用 者 保 険	29,726	31,520	33,905	36,732	39,925	41,327	43,145	48,330	43,049
政 管	13,788	14,683	15,841	17,373	18,961	19,787	20,639	23,248	20,501
組 合	11,549	12,258	13,146	14,085	15,258	16,297	17,062	19,015	17,125
船 保	143	143	147	152	154	157	147	169	140
共 済	4,246	4,436	4,741	5,121	5,552	5,087	5,297	5,898	5,283
国 保	16,068	17,252	18,986	20,483	22,153	23,359	24,026	27,328	25,272
患 者 負 担	2,687	3,118	3,792	4,627	5,067	6,394	7,866	7,698	7,314
(負 担 割 合)	3.9%	4.2%	4.6%	5.2%	5.2%	6.2%	7.3%	6.4%	6.9%
老 人 数(千人)	10,488	10,884	11,345	11,852	12,440	13,013	13,586	14,150	14,720
対 前 年 伸 び 率	3.7%	3.8%	4.2%	4.0%	5.9%	4.3%	4.4%	4.2%	4.0%

資料：健保連調べ（『週刊社会保障』Vol.54、No.2091、2000年6月19日、8頁より。）

老健拠出金が大きな問題としてクローズアップされるようになるのは、92年度に政管健保と組合健保の収支が黒字ではあったが、前年度に比べて大幅にその額を減らすことになった頃からである⁽⁶⁾。政管健保と組合健保の財政収支は、この後、バブル経済の終焉による収入減と給付費の増加、とどまる所を知らない老健拠出金の増加によって急速に悪化していく。政管健保の収支は翌93年度から、組合健保のそれは94年度から赤字に転落する。そして、老人保健制度は見直しの過程に入っていく⁽⁷⁾。

2000年度において、老人医療費は予算ベースで10.1兆円であり、このうち患者負担が0.8兆円、公費負担が2.8兆円、拠出金が6.5兆円となっている。老人保健拠出金は、1983年度には2.3兆円であったものが、1998年度には6.8兆円と3倍近くになった。組合健保の老人保健拠出金の支出に占める割合は、1983年度の16.0%から1998年度の32.8%へと3割を超えるまでに高まった。

健康保険組合連合会は2000年10月12日に発表した意見書「平成14年度医療保険制度改革の実現のために」⁽⁸⁾において、老健拠出金の廃止を求めて次のように述べた。「現行の老人保健制度の最大の問題点は、増大する老人医療費を一定の計算式により、自動的に各保険者に割り振り、保険料から拠出させてきたことである。実質は税と変わらない不合理な拠出金を、限度を超えて保険料から拠出させることに問題がある。このような現行の拠出金制度は廃止し、新たな高齢者医療制度を創設すべきである。」

現在、現行の老人保健制度はこのままの姿ではこれ以上立ち行かなくなるという点では、関係者の間に合意ができています。そして、それに代わる制度を作らなければならないということで、種々の高齢者医療制度のプランが作られることになったのである⁽⁹⁾。

3. 医療保険改革への動き

老人医療費の増大を始めとする医療費全体の増大、少子高齢化の進展、そして経済の低成長化を前にして医療保険の「改革」がより具体的なものとして考えられようになっていく。1997年8月7日に提出された「21世紀の医療保険制度（厚生省案）」では、わが国は、「誰もが安心して医療を受けることができる、世界でも有数の医療制度を確立してきた。しかし、急速な人口の高齢化、医療の高度化等により医療費は増大を続ける一方、経済基調の変化に伴い、医療費の伸びと経済成長との間の不均衡が拡大し、このままでは国民皆保険制度そのものが崩壊の途を辿ることにもなりかねない。」として「医療保険及び医療提供体制について抜本的な改革を実現させる」とした。ここでは、(1)包括払い制の拡充などの診療報酬体系の見直し、(2)国際的に見て高いと言われる薬価をもたらしている薬価基準制度の見直し、(3)医療機関の機能分担の明確化、過剰病床の削減や医師数の抑制等の医療提供制度の効率化、(4)「給付と負担の公平」を実現するための新しい医療保険制度の創設を謳っていた⁽¹⁰⁾。

こうした改革案の内容は、基本的には、医療費の増大を抑制しようとする方策と医療費に対する負担の増大を納得してもらえるようにすることであり、持続可能な医療保障制度の構築を旨とするものであったといえよう。ここに示された①診療報酬体系の見直し、②薬価基準制度の見直し、③高

高齢者医療制度の見直し、④医療提供体制の見直しが四本柱とよばれ、これらの改革を実現することが「医療保険の抜本改革」とよばれ、2000年度に実現されることになっていた。しかし、こうした改革の基本的部分はいずれも実現しないまま現在に至っている。

本稿では、この4本柱のうち、「医療保険の抜本改革の核」といわれる老人保健制度改革、すなわち「高齢者医療制度の見直し」が、どのようになっているかを調べ、それを検討しようとする。高齢者医療制度をそれだけ取り出して論ずることには限界もあるが、とりあえず他の3本の柱については、ここでは基本的に扱わないこととする。

II. 高齢者医療制度についての諸プラン

高齢者医療制度については、1999年8月13日に医療保険福祉審議会・制度企画部会が提出した意見書「新たな高齢者医療制度のあり方について」⁽¹¹⁾が、それまでに発表されている4つの高齢者医療制度案を整理・検討しているので、それを参考にしつつ、その後の変更や追加等を他の文献で補いながら、4案を検討する。その意見書が公表された後にも新たな高齢者医療制度案が発表されているので、最初の4案の後にそれらを検討する。

1. 「高齢者健康保険制度」案（独立型）

- (1) 公費を主要な財源として全ての高齢者を対象とした地域単位の新たな医療保険制度を設けるという考え。日本医師会が提唱している。
- (2) 若年者とは別に全ての高齢者だけを対象とする新たな医療保険制度を創設する。対象となるのは75歳以上の後期高齢者である。2007年からわが国の人口は減り始め、65歳から74歳の前期高齢者は2015年を境に減少するが、同年を境に75歳以上の後期高齢者が激増してゆき、2040年前後まで続く。今後40年ほどの間の大きな変化である後期高齢者の激増と若年人口の減少という人口構造の変化が、医療や介護の面でも大きな影響を与えてくる。それが対象を後期高齢者に絞った制度を作る一つの理由であるが、75歳以上にしないと、将来、財政的にもたないという理由もある。
- (3) この制度の保険者は、医療関係の多くの権限が委嘱されており、地域医療計画の主体であり、需要と供給の整合性を取りやすい立場にある都道府県がよい。都道府県でも規模の格差があるので、財源上まったく無調整というのは難しいが、市町村に比べ、規模のメリットも得やすい。
- (4) ハイリスクグループである75歳以上の後期高齢者への保険原理の適用は、非常に厳しい。現行の医療保険制度の枠組みの中で高齢者の医療費を賄おうとすると若年者の保険料負担は急増せざるを得ないが、これについて若年者の納得を得るのは困難である。そこで、75歳以上の高齢者にも保険料（低所得者は除く）や自己負担を払ってもらうが、この人々のところに公費を集中的に投入し、財政的な安定を図っていくシステムを作る。2015～20年あたり先までも見通して、保険よりは保障の理念で制度を考える。ただし、社会保険方式を採り、高齢者からも一定の保険料を徴収する。公費は、最低で3分の1程度。制度完成時には、公費負担90%、高齢者の保険料・自

己負担10%とする。

- (5) 公費の財源としては、国民全体で支えるという点から、消費税がもっともよいが、高齢者の資産の活用や国有財産の処分、たばこ課税なども考えられる。
- (6) 2006年に医療給付と介護給付を一本化するという考えである。医療給付の中にもかなり介護部分が入っているし、介護給付の中にも医療部分が入っており、両者を切り離すことは不可能である。そこで、3つの段階を経て統合していくことが考えられる。最初は財源の統合、第2段階は負担と給付の一元化、例えば保険料徴収の一元化や介護保険と医療保険の自己負担割合を同じにするといった自己負担割合の一元化であり、第3段階では、給付内容を一元化する。介護保険は償還制度、医療は現物給付だが、この一元化を考える。さらに、審査支払システムの一元化も考えなければならない。この場合、対象年齢を引き下げる必要があるかもしれない。
- (7) 日医は当初、新しい高齢者医療制度の創設時期を2005年としていたが、政府が改革を2年先延ばししたので2007年に繰り下げる。公費負担90%であるが、いきなり90%にはできないので、そこに至るまでの激変緩和措置として、自己負担は10%程度としたうえで、2002年段階で、老人保健制度の被保険者を71歳以上、負担割合は公費50%、老健拠出金40%とし、その後、段階的に被保険者の年齢を引き上げ、公費の割合を引き上げ、拠出金割合を引き下げていき、2005年段階で被保険者74歳以上、公費80%、拠出金10%に変更することを検討する。
- (8) 定年から74歳までも含めて74歳以下の人々は、一般の医療保険と同様の仕組みで、保険料と自己負担のある保険原理の制度の対象とする。彼らには「突き抜け型」(後述)がよい。高齢者医療制度には公費の重点的投入があるが、それ以外の制度ではより厳密に社会保険の仕組みを維持する。また、一般世代の医療保険制度については、最終的に国保、被用者保険を統合すべきであるが、最終的な段階までには20~30年の長いスパンが必要であり、国保、被用者保険内での整理統合や財政調整を行う第1段階、国保と被用者間の財政調整や負担と給付の調整を行う第2段階というステップを踏んだ上で一本化を図る。

この「高齢者健康保険制度」案に対しては、次のような批判ないし問題点の指摘がなされている。

- (1) 75歳で区切るのは現実的にあり得ない。70歳から74歳までの自己負担率が2割ないし3割と高くなってしまう。また、70歳から74歳までの医療費の財政調整が行われなくなり、国保財政がたちまち破綻する。
- (2) 対象者を75歳以上の者に絞り込んだ場合でも、例えば、総医療費の9割を公費で賄うとすれば、保険料負担が1兆1千億円減となる一方、公費は約1兆5千億円増となる(2000年度における粗い試算)。財政の状況からみて、また財源の見通しもないまま、このような大幅な公費負担増を期待することは非常に困難である。まず、年金・介護保険制度に係る公費負担との関係も含め、国民経済全体から見てこのような負担が吸収可能かどうかについての十分な検討が必要である。
- (3) 9割も公費を投入すれば国営医療となり、老人医療に制限が起る。
- (4) 医療費の現状からすると、誰が保険者になるかも問題で、地方公共団体も簡単には引き受けら

れないだろう。

- (5) 医師会が医療と介護を一本化する案を提唱するのは、介護についても医師のリーダーシップで進めたいからであり、医療と介護は医師の支配下に置くという考えに基づいている⁽¹²⁾。

2. 「退職者健康保険制度」案（突き抜け型）⁽¹³⁾

- (1) 国保グループとは別に被用者保険グループの高齢者のみを対象に新たな医療保険制度を設けるという考え方。被用者保険側は自らのOBだけの面倒をみることになる。
- (2) 健康保険組合連合会(健保連)、連合、日経連が創設を求めている。ただし、三者の見解がどこまで一致しているのかはわからない。健保連と連合の見解も、表現方法やどこまで踏み込むのかといった点での違いはあるようだ。
- (3) 国保グループOBと被用者保険グループOBとでは生活実態や所得形態が異なり、両者を同一制度に含め同じ保険料基準を適用することは公平ではないこと、被用者保険グループOBの高齢者に対して支援するのであれば、若年被用者からも負担について納得が得やすいことから、被用者保険OBの高齢者のみを対象とする新たな医療保険制度を設ける。各保険者は、自分の受け持つ医療費について一定の保険料を持ちながら、医療保障として、生涯を通じた保障体制を作っていくのがよいのである。また、保険制度は誰のために費用を分担しているのかが明確で、保険者は加入者の健康管理も考えながら医療を考えていくことができるので、できる限り保険方式でやっていくのがよい。
- (4) 基本的な視点として、新しい高齢者医療保険制度は、現在の老人保健制度の問題点を解決するものでなければならない。老人保健制度の拠出金制度は、被用者保険と、保険といえるのかどうか疑問を呈されている国保という基本構造が違うものを一緒にして、財政調整したり、拠出金で調整したりする仕組みであり、本質的に保険として馴染まないし、こうしたやり方には無理がある。老人保健制度の拠出金制度は廃止されなければならない。
- (5) 「退職者健康保険制度」の対象者は、保険料を「一定年齢以上の者が一定期間以上負担」した場合であって、年金受給年齢になった者とも表現されるが、被用者年金に一定期間加入した被用者年金の受給者ともいわれる。実際には、被用者保険への加入期間が通算25年以上の者が対象で、扶養家族も入るとされる。
- (6) 保険者については必ずしも明確になっていないようで、「全国一本の民営の保険者」とする考えもあったようであるが、他方では、保険者はできるだけ大きい方がよいにしても、単一の保険者であっては画一化などのデメリットが大きく、複数の保険者が競争することが重要であるともいわれる。運営は、全被用者保険の代表と労使の代表で作った管理機関が行い、保険者機能と自立性を発揮する。
- (7) 患者負担は70歳以上は1割とし、保険料率は概ね「給与」の5－6％程度とする。高齢者の医療費の残りの部分の費用は被用者保険制度に加入する現役世代が負担することにより、社会保険方式の仕組みを基本的に維持する。ただし、新しい高齢者医療保険制度に対しては少なくとも現

行制度と同程度の公費負担を行うものとする。

- (8) 公費負担の拡充は不可欠である。「突き抜け型」でいった場合、高齢者割合が高い国保グループの保険料水準が上昇することが予想されるが、そのような場合、被用者保険と国保との制度間で負担の調整を行うのではなく、財政調整をする場合には公費を使うべきである。高齢者医療制度の費用における公費負担は50%とし、この公費50%の中で、年齢調整は行わずに、高齢者比率での財政調整は行う。ただし、10年間ほどは農業人口減少の結果として国保の財政が厳しく、公費負担を重点的に国保に投入しなければならないが、もう少し先を考えると、国保は新たに高齢化する人口が少なく、逆に製造業などの分野の方が高齢者が増えていく状況が予測される。将来的には、被用者グループに公費負担がより多く必要になる時代が来るかもしれない。公費負担はいずれにせよ必要である。
- (9) 高齢者の医療と介護を一体化することについては、高齢者医療制度は介護保険制度と共通する面が多くなることが予測されるので検討する必要があるとも言われるが、医療と介護とは目的が違うから、両者の連携には原則的に反対するという考え方もある。

この「退職者健康保険制度」案に対しては、次のような批判ないし意見が出されている。

- (1) わが国の社会は、戦後、「雇用者化」した。従業上の地位の推移をみると、就業者に占める自営業者・家族従業者の比率はほとんど変化がなく、雇用者化は農業従事者から雇用者への移動として生じている。市町村国保の被保険者の職業の変化をみても、自営業者の世帯の占める割合は大きな変化がなく、農業者が大きく減少して被用者や無職の世帯が増加している。両親が農業従事者であるサラリーマンは少なくないのである。社会変動をこのように考えれば、被用者OBと国保OBとの区分けは曖昧にならざるを得ないし、被用者が負担する老人医療費は被用者OBの分だけとする主張は説得的ではない。また、被用者保険を支えるのは若い人が圧倒的に多く、国保と不均衡が生じる中で、被用者保険のことだけを考え、国保の方は知らない、国保は公費でみろというのはエゴイズムであり、社会連帯の理念の後退である。
- (2) 被用者年金の加入期間が一定期間以上の者のみを新たな制度の対象とし、この期間を満たさない者の医療費は全て国保グループの負担とする点は、公平の観点からも、問題である。
- (3) 健保組合の中には、医師会の案（独立型）に賛成してよいという意見もある⁽¹⁴⁾。

3. リスク構造調整方式案

- (1) 現行の保険制度を前提に、保険者の責によらない事由（特に年齢構成）に基づく各グループ（保険者）間の負担格差については保険者間の財政調整を行い、負担の不均衡を調整するという考え方。元国立社会保障・人口問題研究所長塩野谷祐一氏が提唱している。
- (2) 各種の保険集団の間で、加入している人々の医療リスクや所得能力が異なる場合、それぞれの保険者ごとに収支を合わせようとすれば、保険者間に保険料率の著しいアンバランスが生じる。年齢と所得に関する相違を「リスク構造の違い」と呼ぶが、医療保険制度を公正に維持するには、

こうした相違をなくすことによって、「リスク構造の違い」に起因する保険料率の格差が生じないようにする必要がある。

現行の老人保健制度は、70歳以上の高齢者の加入割合のみに着目して制度（保険者）間の負担の不均衡の調整を行う制度となっているが、それを、もう少しきめ細かく計算する年齢別財政調整の制度、すなわち全年齢を対象として各保険者間の年齢構成の相違による負担の不均衡を調整する制度に代えるのである。こうした全年齢リスク構造調整を行えば、現行の保険者を前提としても、個人はどの制度（保険者）に属していたとしても、年齢構成の相違により負担に格差を生じることがないという公平性を実現することができる。また、実際にかかった医療費ではなく、一定の基準医療費（例えば全国平均の年齢階級別医療費）を設定して調整するため、各保険者に医療費適正化の誘因が働き、効率性が確保される。

- (3) 具体的にリスク構造調整を行うに当たっては、医療費総額は、保険料・公費（税）・患者一部負担の三者を財源とするが、実現可能な三者の比率を基礎にして、保険料部分について全制度（保険者）間における「年齢リスク構造調整」を行う。その「年齢構造調整」では、5歳程度の区分けで一人当たり医療費を設定し、各保険者が有する年齢別加入者数に合わせて医療費を配分する形になる。塩野谷氏の考えでは、公費は3割程度以上である。

なお、国民の間に所得捕捉に対する抜き難い不平等感が存在するため、差し当たり所得構造調整は行わないが、国保等に対する所得調整のための公費投入は維持する。

この「リスク構造調整方式」案に対しては、次のような意見が寄せられている。

- (1) 支持する立場からは、次のような意見がある。医療保険制度ごとの年齢階級別医療費は、制度間で大きな格差はなく、制度間の医療給付格差の主な要因は年齢構成の違いである。被保険者が加入する保険者を選択できない仕組みの中で、老人の多い制度に加入してしまったために保険料負担が多くなるということについては説得的な説明はできない。このような点を考えれば、全年齢のリスク構造調整は合理的な案だといえる。医療保険制度を統合一本化する場合には、その前提として、リスク構造調整は行わなくてはならない。
- (2) 批判する立場からは次のような意見が出される。わが国では、国保グループと被用者保険グループで、所得形態、所得捕捉や財源構成の実態等根本の部分が異なっており、両グループ間で年齢構成の相違だけによるリスク構造調整のような保険者間の調整を実施することは納得できない。所得格差をどうするかという問題が残る。国保の立場からは、もし年齢と所得の調整がともに行われることになれば、医療保険制度の一本化と同じような結果が得られると考えられた。
- (3) 健保連の立場からの意見は次のようなものである。自立した保険者を前提として考えた場合、理論的には財政調整は必要ないが、仮に財政調整を行うとしたら、その目的と調整の基準を明確にして、最小限にとどめるべきである。制度の統合を前提とした、または、財源調達を目的とした財政調整には強く反対する。健保連は、現在の老人保健制度を「一種の財政調整」と見なしているから、「拠出金制度を廃止する代わりに、仮にリスク構造調整を導入し調整金をとられるとす

ると、何のための改革かわからない」と考えた⁽¹⁵⁾。

4. 医療保険制度の一本化案

- (1) 現行の医療保険制度を一本化して新たな医療保険制度を設けるという考え方。目的は給付面と負担面の公平な仕組みを作ることである。全国市長会、全国町村会、国民健康保険中央会が提唱した。
- (2) 就業構造の変化や急速な高齢化の進行等により、被用者保険と非被用者保険の給付と負担の不均衡は深刻化している。被用者保険と国保との間では、年齢格差が大きいために財政力格差が非常に大きく、給付面では、被用者保険は8割であるのに対して、国保は7割であり、負担面でも、国保は他制度と比べ一世帯当たり所得が極端に低いいため年間所得をもとに算出した保険料率が高くなるという不公平が生じている。将来にわたって安定した医療保険制度を確立するためには、こうした給付と負担の格差を是正し、長続きする公平な仕組みに構築し直す必要があり、そのためには、究極的にはすべての医療保険を統合する必要がある。また、国保は退職したサラリーマンが加入する等の事情により、高齢者が多く若年の働き手が少ない構造になっているので、国保の崩壊による国民皆保険体制の終焉を招かずに国保の構造的課題を解決するには、一本化以外の方法はないのである。

その場合の障害として、農林漁業者や自営業者の所得把握が十分に行われれないという問題が指摘される。それが大きな問題であり、正していかなければならないことは承知しているが、こうした人々の割合は年々減少し、国保の被保険者の中でも4分の1の比重しかなく、税制面でも状況は変化してきている。それは税の問題を含めたもっと大きな次元で考えるべきである。

- (3) 国保中央会は、高齢者に限定した新しい制度の創設は考えていない。老人医療費を自助と連帯の精神に基づいて国民が公平に負担するという老人保健制度の理念は維持しなければならない。糺すべきは老人保健制度ではなく、老人医療費をどのように抑えるかである。老人医療費は若い人たちの医療費の3倍程度に抑えるのが適当である。
- (4) 一本化された制度のイメージは、まだ詰め切ったものではないが、国が(単一の)保険者になる方法や、都道府県のような地域を単位にして現行制度を一本化し、財政調整を行うという方法が考えられる。「制度の一本化」の下でも、保険者は複数存在しうる。保険者は、被保険者が被用者か否か、あるいは高齢者か若年者かで区分することなく、対象地域のすべての者をこの制度に加入させる。
- (5) 医療保険制度の本格的な一本化を一挙に行うのは困難であり、10年程度の時間は必要と考えられるから、段階的な措置も考えており、当面は「財政の一本化」の提案をしている。これは、現行の保険者を当面残しつつ、給付の一部(7割または5割程度)を共通の給付(「標準給付率」)として設定し、国民が所得に応じて保険料を払うことにより財政を一本化するというものである。各保険者は、その外に、付加給付を支給することができる。
- (6) 一本化の考え方は、年齢によって医療を分けない、制度を切らないということである。その場

合、高齢者に対して、保険料や給付や自己負担を若年者と同じにするか否か、保険料でどこまで賄うのか、公的資金をあつく投入するのかどうかは、高齢者に対する位置づけの中で考えることである。医師会提案の高齢者を独立した制度として、9割の公費を投入する考え方は、国保が提案する医療保険一本化案の中で、高齢者に厚く公費を投入する形と近い制度かもしれない。

- (7) 医療保険制度を一本化することにより、給付と負担の公平は実現しても、保険財政の安定は保障されていない。そのためには、医療費の適正化対策が必要である。また、高齢者の医療と介護を統合するという意見は国保側からは出ていない。

この「医療保険制度の一本化」案に対しては、以下のような問題点等の指摘があった。

- (1) この案は、将来の医療保険制度のあり方としては有力な選択肢の一つであるが、新たな保険者をどうするか、五千以上の既存保険者の取扱いをどう考えるか、保険料の事業主負担の位置付けをどうするか、所得形態、所得捕捉の実態が異なる被用者と自営業者に同じ保険料基準を適用することをどう考えるかなど、社会保険制度の根幹に関わる問題があり、当面の具体的改革案の一つとすることは適当でない。
- (2) 保険集団構成員の連帯感や保険制度運営の効率性という観点から制度の完全一本化は適当ではない⁽¹⁶⁾。

5. 経済団体連合会の高齢者医療制度案

- (1) 2000年11月の経団連意見書「保険者機能の強化への取組みと高齢者医療制度の創設」で発表された。
- (2) 高齢者は現役世代と比べてリスクが高く、一人当たりの医療費も突出して高いので、現役世代と同様の保険原理を適用する制度を作るのは困難であり、現行の老人保健の拠出金制度の継続も困難であるとして、現役世代の医療保険制度と切り離し、介護保険や公的年金制度と連携した新たな独立した高齢者医療制度の創設を求めた。現行の老人保健拠出金や退職者医療制度への拠出金は、段階的に廃止する。現役世代の医療保険制度は本来現役世代の傷病リスクをカバーするためのものであり、保険料収入のかなりの部分を老人医療に充てることまでは想定していない。受益と負担の関係が不明確な現行の老人保健拠出金制度を継続することは、現役世代の納得が得られない。
- (3) 介護保険と高齢者医療保険の連携を考えているのは、両者の区別が難しく、サービスの円滑な提供や、利用者の満足度向上のためには一体的運用が重要だからである。公的年金制度との連携を図るのは、給付の総合化を図る必要があるからである。
- (4) この新制度の対象者は、介護保険や公的年金の受給開始年齢に合わせて65歳以上の者とするが、75歳を境にして自己負担、保険料等を少なくする。ただし、年齢基準だけで対象者を決めるのではなく、所得基準も設け、一定以上の所得のある高齢者については、現役世代の医療保険制度に残ってもらい、給付もその保険制度で行う仕組みを考える。

- (5) 保険者については、高齢者にとって身近な存在であり、高齢者の多様なニーズをくみ取りやすくきめ細かな対応が可能な市町村とするが、運営主体の基盤強化の観点や地域内の資源を有効に活用して総合的かつ効率的なサービスを提供する観点から、一部事務組合の活用や広域連合によって広域的な運営を目指す。
- (6) 財源については、世代内でリスクをカバーする「世代内保険」の観点を基本とし、高齢者にも可能な限り負担を求めるが、高齢者だけで負担を賄うことは現実には困難なので、国民のコンセンサスを得た上で、公費負担割合を高め、公費中心で賄うこととしている。具体的には、
- イ. 高齢者の保険料は、各制度の算定方式により現役と同じとする。
 - ロ. 自己負担は、65～74歳は20%程度、75歳以上は10%程度とする。
 - ハ. 保険料と自己負担の合計が高齢者医療全体に占める割合を、65～74歳は34%程度、75歳以上は20%程度とする。
- ニ. 残りは公費負担となるが、現行制度と比べて増加する分の財源については、所得補足や経済成長の影響を考えると、消費税がよい⁽¹⁷⁾。

6. 経済同友会の「高齢者医療介護保険制度」案

- (1) 2000年10月4日、経済同友会の社会保障改革委員会は「高齢者医療介護保険制度」創設の提言をとりまとめた。高齢者は疾病構造も保険リスクも若年層と異なるので、独自の制度が必要とした上で、高齢者医療と介護を統合した新たな保険制度、「高齢者医療介護保険制度」を創設することとした。
- (2) この制度の対象者は、介護保険制度や年金制度との連関を考慮して65歳以上の者とし、所得に基づいて応分の保険料を負担する。自己負担については定率制とし、当面はサービス報酬額の1割が適切とする。
- (3) 保険者としては、県または二次医療圏を単位として複数設置することとし、一保険者あたり10～50万人程度の被保険者数を有するようにするとともに、地域間の条件格差を補正するため、調整交付金の導入や現役世代の保険料の再配分といった全国的な財政調整の仕組みを設ける。
- (4) 財源は、介護保険制度を参考にして、世代間扶養と公平の観点から、高齢者の保険料と自己負担、若年世代の保険料、公費を組み合わせる。高齢者と若年者の保険料負担割合は、介護保険制度の被保険者数比率による設定を参考に検討する。保険料負担と公費負担の割合については、現行老人保健制度の7対3の配分を留意しつつ、介護保険制度の5対5を参考にして検討としている⁽¹⁸⁾。

III. 高齢者医療制度改革案の評価

- (1) 高齢者医療制度の4案を取り上げた医療保険福祉審議会・制度企画部会の意見書の中にも取り上げられず、最近の高齢者医療制度改革案を巡る議論でもあまり取り上げられないので上記のII

章でも取り上げなかったが、厚生省は1997年8月7日に発表した前述の「21世紀の医療保険制度（厚生省案）」の中で、高齢者の医療制度をも含む医療保険改革案の骨子を提示している⁽¹⁹⁾。

この案では、新しい医療保険制度について、2つの案を用意している。第1案は「制度の一本化による地域医療保険制度案」とされ、地域（市町村または都道府県）を保険者とし、「すべての国民（高齢者を含む）が加入する新たな地域医療保険制度を創設する」としている。これは、現行の医療保険制度の枠組みを大きく変えようとするものであるだろうが、制度の枠組みとしては国保中央会が提唱している「医療保険制度の一本化」案と似ているように思われる。第2案は「被用者保険と国保の二本建て＋高齢者別建て案」とされる。この案によれば「医療保険制度は、現行制度と同様、被用者保険と国保の二本建て」とされ、退職者医療制度も「現行どおり存続する」とされ、「高齢者の別建て制度」も——「老人保健制度の見直しが必要」としているが——現行の老人保健制度の改訂版と考えれば、これは現行制度の基本的枠組みが継承されたプランと見ることができよう。

とはいえ、厚生省案が示す新しい医療保険制度がII章で取り上げた高齢者医療制度の諸プランと決定的に異なるのは——政府の立場からのプランであれば当然でもあるのだろうが——、公費負担を現状以上に引き上げるような方向性を全く示さなかった点であると言えよう。この厚生省案は、「年齢構成の差による医療費格差及び所得格差については、公平、公正の観点から適切な調整を行う」という点で従来にない改革的な面をもつが、それ以外では——第1案は制度の枠組みの大改革であるが——、自己負担の引き上げや保険料徴収方法の厳格化⁽²⁰⁾が「改革」だということにしかないであろう。この案がその後の「高齢者医療制度見直し」の一案として取り上げられないことになった最大の理由は、この公費負担の割合の引き上げの視点を放棄し、被保険者の保険料や自己負担の中でやりくりすることによって「公正な負担」の実現を図り、増大する医療費を賄っていかうとしたことにあるだろう。とはいえ、この案で示された高齢者の自己負担については一割の定率負担を原則とするという改革は、「抜本改革の第一歩」として2000年11月30日の健保法等改正によって成立している。

- (2) II章で取り上げた諸プランのうち、まず、リスク構造調整方式を取り上げる。年齢によるリスク構造調整は、より公正な制度を作るという点では行われるべき方策だろう。しかし、年齢だけをリスク構造調整の対象にするというのはいかにも中途半端である。所得水準——すぐに実施するには困難があるにしても——や男女比、扶養家族数なども対象にすることを考えるべきであろう⁽²¹⁾。

現行の老人保健制度等の仕組みを維持しつつ、拠出方法や公費負担割合等に改善を加えるプランを「制度維持案」と呼ぶことがあるが、この場合でも、リスク構造調整は行われるべき⁽²²⁾なのであって、それは保険者が複数存在する医療保険制度であれば、どのような制度であっても行われるべき公正化の一方策ということができる。それ自体を新しい高齢者医療制度とは呼べない。

リスク構造調整の導入は他の案の実現に比べれば、困難が少ないものであるだろうとも考えられる。ただし、この方策を導入した結果が、老人保健の拠出金制度を継続していたのとあまり変

わらないようなものであれば、過大な負担の軽減を求めている被用者保険グループから積極的な支持は得られないだろう。年齢リスク構造調整方式の案で、高齢者医療に対する公費負担割合をこれまでと同じ3割に据え置いたままにするということであれば、「制度維持案」と同じようなものになってしまい、そのような改革は「抜本改革」とは呼ばれないであろう。

国保が提唱する医療保険制度の一本化案について。これは医療制度全体の改革案であり、新しい高齢者医療制度の創設とはいえない⁽²³⁾。とはいえ、究極的には、「医療保険の一本化」が医療保険の最も公正な制度を作りうるのではないかと思う。その場合、保険者が保険者機能を発揮しにくくなってはならないだろう。しかし、「一本化」の実現には、納税者番号制の導入のような所得捕捉をより確実にするための仕組みが出来て、被用者と非被用者の経済的状況の差がさらに縮むことが必要であるのだろうし、時間をかけて段階的に進めていくしかないだろう。当面の問題としては「一本化」は無理だということになるだろう。

経団連の高齢者医療制度は、介護保険制度や年金制度との連携を図るという視点で、いまや社会保障をトータルに考えなければ適切な対策が採り得ない時代になっているのであるから評価されるべきであり、他のプランでもこの視点は取り入れられべきであろう。この点を別にすれば、この案はリスク構造調整を取り入れた「独立型」に近いように見受けられる。それは、独立型を改良したものとも言えよう。また、経済同友会の案は、介護保険との連携をずいぶん重視しているとの印象をもつが、経団連案との違いはあまり明瞭ではないように見受けられる。

- (3) 結局のところ、II章で取り上げた高齢者医療制度の諸プランは、実現の可能性や類似性を考慮して絞り込めば、「独立型」と「突き抜け型」の二つに集約できると思われる。

これらの共通点としてはまず、公費負担の引き上げを求めるという方向である。保険料や自己負担の引き上げによって増大した医療費を賄っていくという方法では所得の低い人から耐えられなくなっていく。こうした費用は公費によって賄っていくしかないとの認識である。こうした認識は同時に、「高齢者医療制度の見直し」のきっかけになった老人保健拠出金を名実ともに終わらせようとする考え方と連動するものでもある。こうした点が共通するということは、公費負担の引き上げが容易なことではない以上、こうしたプランの実現が容易にはいかないということも共通するということを意味するだろう。そして、もう一つの共通点は、高齢者を一律に弱者として見なさず、高齢者にもより多くの負担を求めようとする方向だといえよう。

では、この二つの高齢者医療制度案をどのような基準で判断していったらよいだろうか。

城戸喜子氏は、「租税を主な財源とする高齢者医療制度」は医療費の高騰を引き起こしやすいので「賛成出来ない」として「むしろ被用者健保でのOB・OGを生涯保障する制度を勧めたい」とする⁽²⁴⁾。しかし、高齢者にも適切な自己負担を求める仕組みなどを組み込んだ制度であれば、「租税を主な財源とする」ということだけで医療費の増加を引き起こす可能性が高いとはいえない。

広井良典氏は「保険の原理」と「税の原理」の渾然一体性が医療保険を含む日本の社会保障の特徴であり、それが「給付と負担」の関係の不明瞭さを作り出しているとして、「保険の原理」と「税の原理」の峻別を判断基準として提示する。この基準から、高齢者には「保険の原理」の適

用が困難であるので「税の原理」に基づく制度を用意し、それ以外の者は「保険の原理」がより厳密に適用される制度によってカバーされるべきであると考え。高齢者を別個の制度にまとめるという点で、広井氏の案は「独立型」の形に近いといえる⁽²⁵⁾。彼はまた、「突き抜け型」と類似した構造をもつドイツの制度の検討から、日本では、「保険集団の同質性」が異なる「高齢者と若年者とを同じ保険に入れることの構造的難しさ」や「健保と国保の構造があまりにも異なっていることなどから「突き抜け型」の実施は困難であることを示す。かくして、「独立型」が「突き抜け型」よりも望ましいことが示される。彼の判断基準は単純明快な美しさを持っている⁽²⁶⁾。

しかし、広井案で、保険と福祉（税金）の制度を分離した場合、例えば高齢者以外の者の属する国保つまり非被用者の制度は保険の制度になるのだろうが、国保に加入している低所得者層は、国庫負担による補助がなくなり、保険料が大幅に引き上げられることになってしまう。むしろ、社会保険とは、純粹の保険原理に立脚するものではないのであって、多額の公費が投ぜられてもよいと考えるべきなのであろう⁽²⁷⁾。

高齢者に「保険の原理」を適用するのは困難であるのだから、公費を多く投入する独立の制度を作ると考えれば、広井氏の言う「『保険の原理』と『税の原理』の渾然一体性」は解消されず、単純明快さは大幅に失われるが、社会保険方式を否定しない以上、「渾然一体性」の存在は何ら問題にならないと考えるべきだろう。そのように考えれば、現在における選択として、社会保険方式の範囲内で大幅な公費投入を行う高齢者だけを対象にした制度を作るという「独立型」の考え方には、首肯できるところが多いと思われる。そのほうが、制度的にもすっきりしているし、国保グループの高齢者の扱いとしてもより公正でもあるだろう。本来の「突き抜け型」は、高齢者に対してもこの型を適用することに意味があるのではあろうが、高齢者については「独立型」を適用し、それ以外の若年層には「突き抜け型」を適用するという選択は、現行制度に比較的近い枠組みを有しているので、実現しやすいといえないだろうか。

最大の問題は大幅に引き上げられた公費負担が認められるかという点にあるが、これは簡単にはいかないだろう。しかし、公費負担を引き上げる必要があるということは「社会保障構造の在り方について考える有識者会議」の報告においても指摘されるようになっており⁽²⁸⁾、現状のまま先送りを続けることが何も良い結果を生まないということが理解され、変化の兆しがあるのかもしれない。

結 語

医療保険制度の抜本改革の一環として新しい高齢者医療制度のプランが考えられるようになったのは、高齢化の進展と経済の停滞等のために、急速に増加している老人医療費が医療保険財政を逼迫させ、国民の健康を守ってきた国民皆保険体制が動揺するような事態になるのを避けるためにも、老人保健制度の抜本改革が喫緊な最重要課題と考えられるようになったからである。高齢化や景気の低迷は所与の前提であって、そうした状況の中で、老人に対するものを含めて医療水準を基本的

に引き下げないということを前提として、「増大する老人医療費が医療保険財政を逼迫させる」事態を回避する方策を捜すことがここでの課題となるわけである。方策は結局のところ2つの視点に整理されうる。一つは老人医療費をどう抑制していくかという視点であり、もう一つは老人医療費をどう負担していくかという視点である。両者は重なり合っている面もある。

高齢者医療制度のプランで老人医療費の抑制につながるところとしては患者負担を高めることや保険者機能を強化するといった点があるが、新しい高齢者医療制度創設の主眼はむしろ、後者の老人医療費をどう負担していくかという点に道筋をつけることであるだろう⁽²⁹⁾。不公正を是正して公正で公平な負担を実現する、ないしはそれに近づくことによって、既に増えている負担について、もしくはこれから増大していく負担について理解を得るということがここでの基本だろう。

こうした観点から高齢者を独立した制度にまとめる「独立型」や高齢者になっても同一の保険で面倒をみていく「突き抜け型」など種々の高齢者医療制度が提案されることになった。これらについての評価は、制度の具体的内容自体が必ずしも固まっていなかった中では困難も多いが、本稿では、現状において社会保険方式を前提に考えた場合、高齢者に所得に応じた配慮がなされるとともに適度の負担を求めることや負担の公平化と医療費の効率的な使用が図られることを条件にして、「独立型」の方が優れているのではないかと考えた。

しかし、いずれの制度が採られるにしても、それらは現行の老人保健の拠出金制度と入れ替わることを一つの目的としていた。この拠出金を実質的に削減するには、保険料や自己負担に頼ることはできないので、基本的に公費負担を増大させなければならないが、そのためには消費税の引き上げなどの財源確保策を講じなければならない。だが、消費税などの引き上げは、政府・与党のよほどの決断がないと踏み込めないということで、先送りされてしまうかもしれない。財源がないからということで公費負担の引き上げが認められず、公費負担の引き上げなしにはどの高齢者医療制度改革のプランも実現できないということで、改革が先送りされ、現行制度が弥縫策を施されながら継続されることとなるかもしれない。しかし、現行制度の継続は、解散する健保組合の増加や、各保険者の苦境を深めることでしかなく、医療保険制度の動揺を引き起こす。それはとりもなおさず、国民の生活の不安を高めることにつながり、政治に対する不信感をいっそう掻き立てることとなるだろう。国民の政治に対する不信感の高まりは、政府が消費税の引き上げのような決断をするのをいっそう困難にする。悪循環が続いてしまう。この悪循環を断ち切り、新しい高齢者医療制度を創設するためにも、財源確保までも視野に入れた政治の決断が求められるということであるのだろう。

【注】

(1) 『週刊社会保障』Vol.54、No.2099、2000年8月21日、48-51頁。

(2) 広井良典『医療保険改革の構想』日本経済新聞社、1997年、22頁。もともと、厚生省の「人口高齢化による医療費の増加の将来推計」は過大視されていると批判し、「特に強力な医療費抑制策を講じる必要性は少ない」とか「最低限、人口高齢化による医療費増加を『当然増』と認めるべき」とする主張もある。池上直己『医療問題』日経文庫、1998年、105頁、二木立『介護保険と医療保険改革』勁草書房、2000年、第II章8節。

(3) 「老人保健制度は……かなり優れた制度である。」岡崎昭『医療保障とその仕組み』晃洋書房、1995年、122頁。しかし、厚生省内では、当初から、この制度も、10年ももてばよいと考えられていたとのことである。「老人保

- 健制度が作られた1982年当時、医療保険財政の事情を良く知る者は、『老人保健制度は10年“もてば”よい制度だ』と考えていた。ところが、……80年代という時代は、診療報酬の抑制を中心とする医療費適正化政策、それに経済の好調も相まって、医療保険財政がそれまでの時代からすると信じられないくらい安定基調で推移した。そのため、『10年もてばよい』と思った制度が10年を超えて『もつ』ことになったし、何とか制度の微修正でしのいでこられた。しかし、状況は再び大きく転回し、日本経済の完全な失速の中で、医療保険財政の構造的な問題が一挙にあらわになった。……構造的な大手術、制度全体の再編成がなされなければならない。それはもともと老人保健制度ができた10年少し前から、わかっていたことである。」広井良典、前掲書、65-66頁。
- (4) 岡崎昭、前掲書、103頁。「按分率100%から財政は悪化」『週刊社会保障』Vol.54、No.2091、2000年6月19日、6-9頁。『保険と年金の動向(2000年版)』厚生統計協会、171-172頁。
- (5) 政管健保の収支は3432億円の黒字で、対前年度比56.9%の増加、組合健保の収支も2294億円の黒字で、対前年度比113.4%の増加。
- (6) 政管健保は、収支の黒字が91年度の3,747億円から92年度には746億円に減少した。組合健保も、収支の黒字が92年度には2,134億円で、前年度より約1千億円減少した。
- (7) 前掲、「按分率100%から財政は悪化」8-9頁。
- (8) 『社会保険旬報』No.2077、2000年10月21日、35-37頁。
- (9) 「高齢者医療の早急な見直しを」『週刊社会保障』Vol.54-No.2115、2000年12月11日、54-55頁。
- (10) 『週刊社会保障』Vol.51、No.1951、1997年8月12日、8-16頁。
- (11) 『週刊社会保障』Vol.54、No.2085、2000年5月1・8日、72-78頁。
- (12) 「制度企画部会は四案併記で意見書提出」『週刊社会保障』Vol.54、No.2085、2000年5月1・8日、26-29頁。「“待ったなし”の14年抜本改革」『週刊社会保障』Vol.55、No.2118、2001年1月1・8日、51-62頁。「老健拠出金廃止で共通認識 一関係団体の高齢者医療改革案をみる」『週刊社会保障』Vol.54、No.2114、2000年12月4日、22-23頁。「老人医療制度の見直しで財源や介護との関係が課題」『週刊社会保障』Vol.54、No.2091、2000年6月19日、41-42頁。
- (13) 「一貫制度案」と呼ぶものもある。村上雅子『社会保障の経済学 [第2版]』東洋経済、1999年、99-100頁。
- (14) 前掲「制度企画部会は四案併記で意見書提出」、前掲「“待ったなし”の14年抜本改革」、前掲「老健拠出金廃止で共通認識」、前掲「老人医療制度の見直しで財源や介護との関係が課題」、「健保連が抜本改革に向け考え方を示す」『社会保険旬報』No.2077、2000年10月21日、35-37頁。
- (15) 「拠出金廃止と公費拡充の高齢者医療制度創設を」『週刊社会保障』Vol.54、No.2108、2000年10月23日、40-45頁。
- (16) 前掲「制度企画部会は四案併記で意見書提出」、前掲「“待ったなし”の14年抜本改革」、前掲「老健拠出金廃止で共通認識」、前掲「老人医療制度の見直しで財源や介護との関係が課題」。
- (17) 『社会保険旬報』No.2081、2000年12月1日、5頁。「医療と介護の整合性」『週刊社会保障』Vol.54、No.2116、2000年12月18日、3頁。前掲「老人医療制度の見直しで財源や介護との関係が課題」42-43頁。前掲「老健拠出金廃止で共通認識」。
- (18) 「高齢者の医療介護保険制度提言」『社会保険旬報』No.2077、2000年10月21日、4頁。「医療介護保険制度創設を」『週刊社会保障』Vol.54、No.2109、2000年10月30日、14頁。
- (19) この厚生省案に対しては、当時与党であった社会民主党の国民生活部会から1997年8月11日付けで批判的な見解が示された。(この見解については、社会民主党のHPを参照。)それは、この案を部分的には評価し賛成しつつも、急激な患者負担の増大であることや、負担増が先行し、構造改革が後回しであることに異を唱えた。高齢者医療制度についても、「与党の議論を踏まえていない」とか「総合的な検討を慎重に行うべき」と批判した。こうした批判が、この案がその後あまり取り上げられなくなったことと関係しているのであろう。
- (20) 厚生省案では、いずれの場合も、高齢者全員が医療保険制度に加入することとされている。現行医療保険制度の下では、被用者保険被保険者の扶養家族となっている所得の少ない高齢者は、自らは医療保険の保険料を払わないで済むが、想定されている新制度では、全ての高齢者が保険料の拠出を求められることになる。そし

て、「年金収入に対する保険料賦課」を明確にしている。これらは、介護保険が先鞭を付けた方式が踏襲されるということである。

- (21) 池上直己、前掲書、94、125頁。ただし、「調整方式があまり複雑になると、調整がブラックボックスになってしまい、国が特定の保険者を恣意的に標的にする余地が生じてしまう」。同書、125-126頁。
- (22) 村上雅子、前掲書、101頁。
- (23) 高齢者医療を含む医療保険制度全体の改革案としては、このほかに、西村周三氏の提唱する「長期積立型医療保険制度」が知られている。西村周三『医療と福祉の経済システム』ちくま新書、1997年、第4章参照。
- (24) 城戸喜子「医療システム改革の構想」神野直彦・金子勝編『「福祉政府」への提言』岩波書店、2000年、138-139頁。
- (25) 広井氏のアイデアを「税方式による高齢者医療」制度と据え、それを「高齢者を対象にした独立の医療保険制度」と対比して理解しようとする見方がある。『「保険の原理」と『税の原理』の渾然一体性』を脱却するという立場からは、そのような対比も考えられようが、日医案のように、公費を9割投入した上での「社会保険方式」もありうるわけで、100%税方式だけを社会保険方式から区別しようとするのは、現実にはあまり意味がないだろう。小塩隆士『社会保障の経済学』日本評論社、1998年、220-223頁。
- (26) 広井良典、前掲書、第3章参照。
- (27) 広井氏の考えに対しては、堀勝洋氏が批判をしている。そのポイントは、①高齢者の医療や介護はリスク分散の仕組みである保険になじむ。②社会保険は保険原理のほか扶助原理にももつづいており、社会保険の中に所得移転があっても構わない。③若年者医療について保険原理を徹底すれば、負担はリスクに応じた負担になり、公正に反する事例が生じる。④わが国の医療保険における公費負担は、制度間の財政力の格差を調整することが主眼であり、公費が投入されない制度が作られれば、財政力格差が是正されないことになりうる。⑤全額公費負担の高齢者医療は、若年者に対してきわめて不公平である。⑥全額公費負担の高齢者医療制度は、財源確保が困難だし、財政当局の介入により、給付水準切り下げなどがありうる、といったことである。堀勝洋『現代社会保障・社会福祉の基本問題』ミネルヴァ書房、1997年、94-100、105-108頁。
- (28) 「医療保険抜本改革と社会保障構造改革の方向」『社会保険旬報』No.2084、2001年1月1日、25-27頁。
- (29) 「高齢者医療保険制度の創設は、老人負担の増加により、公費負担を減らす『コスト・シフト』にすぎず、医療費総額は変わらない。」とする見解もあるが、それは制度の内容次第で、一般には、医療費に影響を与えると見るべきだろう。二木立、前掲書、106、129頁。